

ANÁLISIS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE LAS ALTAS PRECOCES EN UNA SECCIÓN DE MEDICINA INTERNA

TRABAJO FIN DE MASTER

AUTORA: REBECA PÉREZ VICENTE

DIRECTOR: JUAN IGNACIO PÉREZ CALVO

Jefe de Servicio de Medicina Interna HCU/ Profesor Titular Facultad de
Medicina

ÍNDICE

	<u>Página</u>
✓ Resumen/Palabras Clave	3
✓ Introducción	4
✓ Objetivos del proyecto	9
✓ Metodología del proyecto	10
✓ Resultados	13
✓ Discusión	17
✓ Conclusiones	22
✓ Anexos	24
✓ Bibliografía	28

ANÁLISIS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE LAS ALTAS PRECOCES EN UNA SECCIÓN DE MEDICINA INTERNA

Resumen: Se realizó un estudio descriptivo en dos fases, una prospectiva y otra retrospectiva, con el objetivo de determinar la seguridad de las altas hospitalarias de una sección de Medicina Interna del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, tras estancias medias cortas (< 48 horas) frente a aquellas de estancia media promedio (10 +/- 1 día). Para ello se realizó, en la fase retrospectiva una revisión de historia clínicas de los reingresos hospitalarios de los pacientes dados de alta en dicho servicio desde Mayo 2010-Diciembre 2010 y, de la misma manera, en la fase prospectiva se revisaron las historias clínicas de los reingresos tras un alta precoz procedentes del servicio de urgencias.

Palabras Clave: alta hospitalaria; ingreso hospitalario; reingreso; gestión clínica; servicio Medicina Interna.

INTRODUCCIÓN

En la mayoría de los países desarrollados se están produciendo en las últimas décadas, de forma simultánea, dos cambios demográficos claves: por un lado, un descenso en las tasas de natalidad y, por otro lado, un aumento en la esperanza de vida al nacer. La consecuencia inexorable de ambos fenómenos es el envejecimiento global de su población.

Dicho fenómeno puede objetivarse en la pirámide poblacional que sugiere el Instituto Nacional de Estadística (INE) (1) y en la **tabla 1** (Ver anexo).

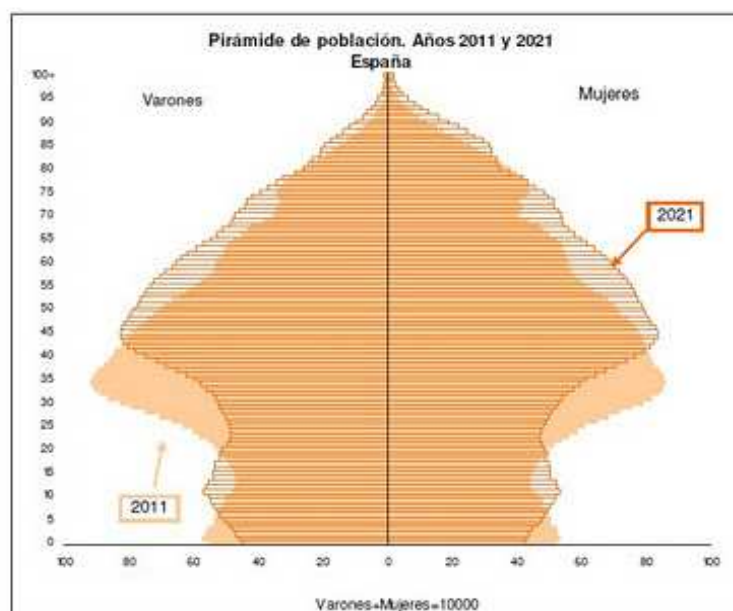


Figura 1: Pirámide Población 2011-2021.

ANÁLISIS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE LAS ALTAS PRECOCES EN UNA SECCIÓN DE MEDICINA INTERNA

Si el crecimiento de esta población continua de la misma forma, se estima que en el 2050 habrá 12 millones de personas mayores de 65 años en España, lo que supondrá aproximadamente el 30% de la población.

Sin duda el envejecimiento de la población tiene que ver con dos aspectos bien diferenciados; Por un lado, los avances en Medicina que han permitido tratar mejor los procesos agudos ya sea de origen vascular o infeccioso y hacer que muchas enfermedades que hasta ahora tenían un desenlace fatal, como el cáncer, se transformen en procesos crónicos permitiendo una calidad de vida adecuada para el individuo. Pero por otro lado y no menos importante, los avances económicos que han permitido una importante mejora social (2).

La Medicina Interna es una especialidad médica de larga tradición, que aporta una atención integral al enfermo adulto, enfocada al diagnóstico y el tratamiento no quirúrgico de las enfermedades que afectan a sus órganos y sistemas internos, y está implicada también en su prevención. Esta especialidad ha sido durante años uno de los pilares asistenciales de nuestros hospitales; Desde el punto de vista cualitativo, porque conllevan un modo integrador, riguroso y eficiente de analizar los problemas derivados de la coexistencia de varias enfermedades o de

ANÁLISIS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE LAS ALTAS PRECOCES EN UNA SECCIÓN DE MEDICINA INTERNA

la expresión multisistémica de procesos concretos y desde el punto de vista de su actividad, porque son responsables de entre el 13 al 26% de las altas hospitalarias del sistema nacional de salud, según se trate de hospitales de mayor o menor complejidad (3). Parece, por tanto, un nexo entre la patología quirúrgica y el control ambulatorio de los procesos patológicos del individuo (4-6).

El perfil de paciente más frecuentemente relacionado con este servicio es un paciente añoso pluripatológico que precisa atención médica en relación a su enfermedad de base (7,8) y potencialmente descompensable. No obstante un gran volumen de pacientes que ingresan procedentes del servicio de urgencias tienen como destino dicho servicio debido al carácter global de dicha atención por lo que el perfil de paciente parece haber ido variando con el paso del tiempo.

La calidad asistencial puede basarse en el análisis de la estructura (calidad de los medios), el proceso (calidad de los métodos) o los resultados (calidad de resultados). Dado que la relación entre la calidad del proceso asistencial y los resultados clínicos es difícil de determinar (9), con frecuencia se hace uso de indicadores de calidad como

ANÁLISIS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE LAS ALTAS PRECOCES EN UNA SECCIÓN DE MEDICINA INTERNA

herramientas para medir la práctica habitual y evaluar la eficacia de las medidas establecidas que pueden seguirse a través del tiempo o compararse con otras instituciones similares (10,11).

Con el aumento de los costos hospitalarios ha aumentado las demandas de mejora de la eficiencia en el uso de camas de hospital por lo que mediante la estimación de dichos indicadores se pretende valorar la actividad de un servicio, la posibilidad de mejorar aspectos determinados y el impacto asistencial tras cambios.

La monitorización de la calidad basada en indicadores, se realiza, en buena medida, a través de tasas de “sucesos negativos” o “resultados clínicos adversos” tales como mortalidad, complicaciones, infección hospitalaria o reingresos. Este último se ha estudiado como uno de estos índices desde al menos 1965 (12), habiendo sido considerado como uno de los estándares de calidad hospitalaria (13-15). En los últimos años son numerosos los estudios sobre estándares de calidad en el que se incluye el reingreso como ítem dada la facilidad para su cálculo a partir de Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), sin embargo la falta de una definición unificada (16) y las

ANÁLISIS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE LAS ALTAS PRECOCES EN UNA SECCIÓN DE MEDICINA INTERNA

dudas respecto a la significación del mismo hacen que existan no sólo discrepancias entre autores (17) sino grandes limitaciones en comparación de estudios clínicos.

De la misma manera tampoco existe una definición consensuada de alta precoz, apareciendo referida en algunos estudios como ingreso inadecuado o evitable y su identificación constituye una estrategia de interés para mejorar de forma coincidente la calidad de la atención prestada y la eficiencia hospitalaria, sin afectar la accesibilidad de los mismos.

ANÁLISIS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE LAS ALTAS PRECOCES EN UNA SECCIÓN DE MEDICINA INTERNA

En este estudio se pretende estimar el impacto que presentan en una sección del servicio de Medicina Interna los reingresos de pacientes dados de alta de forma precoz (Tras estancia media < 48 horas) frente a aquellos de pacientes dados de alta de acuerdo a la estancia media promedio estimada para el citado servicio (10 +/- 1 días) determinando si entrañan mayor riesgo y si están en relación con patologías específicas. Por tanto, los **objetivos** fundamentales de este estudio son:

1. Cuantificar el número de altas precoces
2. Estimar el impacto de las mismas en la actividad global del servicio.
3. Saber si dichas altas precoces entrañan más riesgo de reingreso o disminuyen la seguridad de los pacientes.
4. Detectar los procesos que ocasionan este tipo de estancias breves.
5. Conocer y, si es posible, desarrollar circuitos alternativos a la hospitalización para dichos procesos.

PACIENTES Y MÉTODOS

El Hospital Clínico Universitario (HCU) es un hospital de tercer nivel que pertenece al Sector Sanitario de Zaragoza III junto al Sector Calatayud área 3 de salud de Aragón que corresponde a una extensión superior a 6.000 km² compuesto por 116 municipios. Dispone de 802 camas, 117 de ellas correspondientes a Medicina Interna, que presta asistencia a una población aproximada de 270.500 habitantes. Los ingresos en dicho servicio se producen a través de dos vías, programada desde consultas externas de Medicina Interna o desde el servicio de Urgencias que atiende aproximadamente unos 7.500 pacientes al mes.

Se realizó un estudio unicéntrico, observacional en dos fases, una retrospectiva y otra prospectiva, en el que se incluyeron los pacientes ingresados en el HCU.

La fase retrospectiva incluyó la revisión de las altas hospitalarias de un total de 12.751 pacientes dados de alta en el HCU de los cuales 1.835 pacientes pertenecían al servicio de Medicina Interna de acuerdo a los registros de la Base de Datos Administrativa de Altas Hospitalarias,

ANÁLISIS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE LAS ALTAS PRECOCES EN UNA SECCIÓN DE MEDICINA INTERNA

para un periodo comprendido entre Mayo 2010 y Diciembre de 2010 ambos inclusive.

Las altas de este periodo se dividieron en dos grupos a efectos de comparación de reingresos. En el primer grupo se incluyó a aquellos pacientes que ocasionaron estancia media promedio (10 +/- 1 día) y el segundo grupo lo constituyeron los pacientes dados de alta antes de 72 horas tras el ingreso.

Del total de altas hospitalarias en el servicio de Medicina Interna en el periodo mencionado, en 487 se registró, al menos, un reingreso. Definiendo reingreso como una nueva admisión hospitalaria en el servicio de Medicina Interna con un diagnóstico presuntamente igual al que precipitó el ingreso índice en el plazo de un mes tras el momento del alta. De estos 487 pacientes se analizaron el diagnóstico principal (CIE-9 modificado), la frecuencia y la duración del ingreso (de acuerdo a la fecha de ingreso y la fecha del alta hospitalaria) y el destino de acuerdo al CMBD.

Se registraron los motivos de ingreso, una vez valorada la relación con el ingreso índice, de acuerdo a si se trataba de un reingreso programado o procedente del servicio de urgencias, así como el diagnóstico al alta de acuerdo a los

ANÁLISIS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE LAS ALTAS PRECOCES EN UNA SECCIÓN DE MEDICINA INTERNA

distintos grupos de patología que se objetivaron con mayor frecuencia: respiratoria, cardíaca, digestiva, neurológica, urológica, oncológica o efectos secundarios a fármacos. Se registró el destino de los pacientes al alta hospitalaria de acuerdo a distintos grupos: alta voluntaria, domicilio, traslado a otro centro o éxitus (junto con los motivos del mismo y su relación con el motivo de ingreso).

Se añadió una fase prospectiva en la que se recogieron todas las altas que ocasionaron una estancia inferior a 48 horas (72 horas si ocurría en fin de semana) en una de las secciones de Medicina Interna.

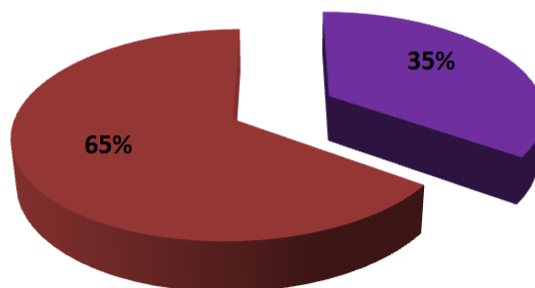
En la fase prospectiva se analizaron las altas hospitalarias registradas entre los meses de Enero y Junio de 2011, en una sección de Medicina Interna, de estancia hospitalaria de 48 horas tras ingreso (72 horas si coincidía con el fin de semana) procedentes del servicio de Urgencias. Se recogieron los datos referidos al motivo de ingreso, diagnóstico al alta y destino del paciente de la misma forma a la establecida en la fase retrospectiva.

RESULTADOS

Entre las 1.835 altas en el servicio de Medicina Interna en el periodo comprendido entre Mayo 2010 y Diciembre 2010, se dieron un total de 488 reingresos (49% varones y 51% mujeres, edad media 75,39 +/- 12,6 años), de los cuales 318 seguían una estancia media (EM) promedio de 10 +/- 1 día (estancia media promedio) y 170 pacientes una EM < 3 días (corta estancia). (**Gráfico 1**)

Total Reingresos Mayo- Diciembre 2010: 488

■ Tras EM corta ■ Tras EM promedio



Del total de pacientes dados de alta a domicilio la incidencia de reingreso en el primer grupo (EM promedio) fue de 65% y en el segundo grupo (EM corta) fue de 35% respectivamente.

Respecto al **primer grupo**, (EM promedio), el reingreso fue programado en un 4% de los casos y el destino de estos pacientes fue, en un 90% el domicilio. Se registraron 25 éxitos (8%; edad media 82,03 años); Codificados como: Insuficiencia cardiaca (7), Fracaso respiratorio (6), Evento vascular cerebral (4), Sepsis (4), Neoplasia (3) y Esclerosis Lateral Amiotrófica (1).

Las patologías más frecuentemente reseñadas en grupo de pacientes con destino el domicilio fueron: la patología respiratoria (32%; con etiología infecciosa en un 75% de los casos), la patología cardiaca (16,4%; la insuficiencia cardiaca en un 80% de los casos), la patología digestiva (14%) y la patología urológica (8,2%; con etiología infecciosa en un 89% de los casos). **(Ver Gráfico 3 en Anexo)**

Respecto al **segundo grupo**, (EM corta), el reingreso fue programado en un 17% de los casos y el destino de estos pacientes fue, en un 70% el domicilio. Se registraron 50 éxitos (29%; edad media 85,4 años); Codificados como: Fracaso respiratorio (22), Insuficiencia cardiaca (10), Patología abdominal (5), Sepsis (5), Evento vascular cerebral (5), Fracaso renal (3) y Neoplasia (2).

ANÁLISIS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE LAS ALTAS PRECOCES EN UNA SECCIÓN DE MEDICINA INTERNA

La patología más frecuentemente reflejada en los pacientes con destino al domicilio de este grupo cuyo destino fue el domicilio fueron: la patología respiratoria (22%; con etiología infecciosa en un 90% de los casos), la patología digestiva (20%; siendo de etiología neoplásica un 10% de los casos), la patología cardíaca (12%; siendo la insuficiencia cardíaca el diagnóstico en un 70% de los casos), la patología neurológica (11%; siendo la etiología vascular cerebral y el síncope los diagnósticos más frecuentes) y la patología hematológica (6%, en todos los casos codificada como anemia de distintos perfiles etiológicos). **(Ver Gráfico 4 en anexo)**

En la **Tabla 2** se recogen los datos obtenidos respecto a procedencia de reingreso, destino y diagnóstico de exitus de ambos grupos de pacientes.

ANÁLISIS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE LAS ALTAS PRECOCES EN UNA SECCIÓN DE MEDICINA INTERNA

	Total	*EM promedio	EM corta
Reingresos:	488	318 65%	170 35%
Programado	42	13 4%	29 17%
Urgente	446	305 96%	141 83%
Destino:			
Domicilio	403	292 91%	111 65,5%
Traslado	10	1 1%	9 5,3%
Exitus	75	25 8%	50 29%
Diagnóstico de Exitus			
**P. Respiratoria	28	6	22
P. Cardíaca	17	7	10
P. Digestiva	5	0	5
Sepsis	9	4	5
P. Neurológica	6	3	3
P. Neoplásica	5	3	2
Otras	5	2	3

*Estancia media (EM)

**Patología (P)

Tabla 2

Durante la fase prospectiva se dieron 620 altas (63% varones, 37% mujeres; edad media 75,5 años). De entre ellas, un 10% correspondieron a pacientes de estancia < 72 horas.

Respecto a los destinos de éste grupo, un 67% fue a domicilio, un 17,7% se trasladó a otro centro y un 6,4% se remitió a consultas externas.

En este grupo de 62 pacientes, se produjeron 5 reingresos (8%), pero sólo en 2 de estos casos (3,2%) el motivo estaba relacionado con el ingreso índice, 2 fallecieron durante el reingreso, ninguno de los dos por causas relacionadas. **(Ver Gráfico 4 en Anexo)**

DISCUSIÓN

Entre los pacientes ingresados en Medicina Interna la tasa de reingresos, desde consultas o desde urgencias, es alta.

Analicemos los datos obtenidos en la fase retrospectiva.

Respecto al grupo que reingresa tras EM promedio se objetiva que constituyen el mayor porcentaje de reingresos con diagnóstico coincidente al episodio índice y que su procedencia casi exclusiva es el servicio de Urgencias.

Este hecho puede deberse a varios motivos, por una parte coincide con los resultados de otros estudios clínicos en los que la tasa de reingreso por recaída de un mismo proceso patológico es mayor en el primer mes tras el alta hospitalaria (18) y por otro que una estancia hospitalaria prolongada puede conllevar un aumento de comorbilidades (19) y con ello un aumento de la demanda sanitaria por un proceso relacionado con el episodio índice. Atendiendo a este último aspecto, hay estudios que consideran que conforme es mayor el número de días transcurridos desde el ingreso, más probable es que la estancia hospitalaria sea inadecuada (20).

Aunque en este estudio no hemos atendido a valorar la adecuación de las mismas existen múltiples herramientas que pretenden establecer la adecuación de una estancia hospitalaria y determinar consiguientemente si un alta es adecuada o está siendo indebidamente prolongada. Se han creado modelos matemáticos que otorgan un peso a cada paciente en función de sus características adjudicándole una estancia media previsible (21). Otros autores han tratado de establecer escalas con criterios de fácil aplicación para los clínicos, siendo el más validado el *Appropriateness Evaluation Protocol* (9,20, 23). Sin embargo el criterio del clínico se ha considerado clásicamente el *gold standard* a pesar de que este puede verse influenciado por múltiples factores (24).

Si atendemos a los diagnósticos al alta de este grupo en su mayoría atienden a procesos respiratorios, agudos y crónicos, cardiológicos crónicos y un abanico de procesos digestivos, en los que predomina la etiología neoplásica.

Sin embargo, a pesar del porcentaje de reingresos de este grupo, el destino de estos pacientes es en su gran mayoría el domicilio y no hay que olvidar que los ingresos no son, en sí, un indicador de resultados en el sentido de que evitarlos no constituye un objetivo directo de la asistencia

ANÁLISIS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE LAS ALTAS PRECOCES EN UNA SECCIÓN DE MEDICINA INTERNA

hospitalaria; En cambio, sí es un objetivo evitar aquellos efectos adversos de la asistencia que conducen al reingreso (25) por lo que en estos pacientes tendremos que ajustar los aspectos preventivos.

Si analizamos el grupo de pacientes que reingresan tras EM corta, comparte la procedencia del servicio de Urgencias con el anterior grupo pero su peso en el porcentaje de reingresos en esta sección de Medicina Interna es menor y atendiendo a los diagnósticos al alta de este grupo, la etiología infecciosa que es manifiesta de procesos agudos constituye el porcentaje mayoritario en todos los grupos patológicos.

Comparando los destinos de ambos grupos de pacientes el mayor porcentaje recae en el alta a domicilio, no obstante destaca el porcentaje de exitus registrado en el grupo que reingresa tras EM corta. A la vista de los datos obtenidos de este grupo encontramos como explicación a estas cifras que éstos pacientes presentan una media de edad mayor e ingresan con descompensaciones agudas de patologías crónicas de larga evolución que concluyen con este desenlace fatal. No obstante tendríamos que analizar más datos que permitan conocer con exactitud si es la explicación más acertada, como el análisis de los

ANÁLISIS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE LAS ALTAS PRECOCES EN UNA SECCIÓN DE MEDICINA INTERNA

diagnósticos secundarios en forma de Grupos

Relacionados por el Diagnóstico (GRD) (26) que nos permitirían comparar de acuerdo a la situación clínica ambos grupos de pacientes.

Si analizamos la fase prospectiva, hasta un 10% de los ingresos de Medicina Interna podrían ser dados de alta precozmente. Entre los pacientes ingresados, exclusivamente desde el servicio de Urgencias, y dados de alta precozmente, la tasa de reingresos es netamente inferior a la de los grupos anteriores (3,2 vs 1,4 %). Este porcentaje es similar al

En este grupo la mortalidad de los pacientes con estancias breves es el domicilio bajo supervisión del Médico de Atención Primaria.

Analizando ambas fases, la retrospectiva y la prospectiva, podemos afirmar que los pacientes dados de alta precozmente no presentan mayor riesgo que aquellos dados de alta tras estancia media promedio y que en su mayoría corresponden a patologías agudas, que no parecen precisar estudio sino tratamiento médico, y que en muchas ocasiones éste se puede desarrollar sin estar ingresado tiempo prolongado.

ANÁLISIS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE LAS ALTAS PRECOCES EN UNA SECCIÓN DE MEDICINA INTERNA

Son muchos los estudios sobre la adecuación de los ingresos hospitalarios que intentan dar solución a las estancias evitables o no adecuadas bien por tratarse de patologías agudas que pueden manejarse desde Atención Primaria o bien por tratarse de ingresos con los que se pretende acelerar un estudio ambulatorio.

Así, en los últimos años, y generalmente bajo la dependencia de medicina interna (27-29) han ido surgiendo alternativas asistenciales a la hospitalización convencional (hospital de día médico, unidades de corta estancia, hospitalización a domicilio, unidades de diagnóstico rápido o consultas de atención inmediata (30-35) destinadas a mejorar la utilización hospitalaria, a mejorar la coordinación con Atención Primaria.

CONCLUSIONES

De acuerdo a lo anteriormente expuesto el servicio de Medicina Interna atiende un perfil variado de pacientes que ingresa por patologías agudas y crónicas en proporciones muy diversas.

El alta precoz, cuando se considere adecuada en función de criterios clínicos, parece segura para el paciente ya que presenta una tasa de reingreso menor a la estándar, no obstante es posible que puedan implementarse diferentes estrategias para prevenir los ingresos inadecuados o que pueden manejarse con tratamiento ambulatorio.

Las posibles estrategias que podemos llevar a cabo en función de los datos analizados:

- ✓ Protocolización junto con el servicio de Urgencias de los criterios de ingreso y de alta de procesos como: anemia, síncope, disnea e infección de tracto urinario.
- ✓ Mejorar la coordinación con el Médico de Atención Primaria potenciando el papel del mismo en el seguimiento de procesos no urgentes que llegan al servicio de urgencias

ANÁLISIS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE LAS ALTAS PRECOCES EN UNA SECCIÓN DE MEDICINA INTERNA

- ✓ Potenciar las consultas externas de Medicina Interna, como consultas de alta resolución, para permitir un diagnóstico rápido de algunos trastornos potencialmente susceptibles de supervisión o diagnóstico (por ejemplo, algunos casos de síncope o síndrome constitucional)
- ✓ Plantear la creación de Unidades de Corta Estancia como alternativa a la hospitalización convencional
- ✓ Fomentar entre los internistas una actitud proclive al alta precoz cuando el juicio clínico así lo aconseje. Dejando a un lado la mentalidad de “ ya que está ingresado” o “ así haremos un estudio más completo” y acercarse a la de “ si no precisa estar ingresado, se le da de alta”

ANEXO

GRÁFICO 1: Reingresos

Total Reingresos Mayo- Diciembre 2010: 488

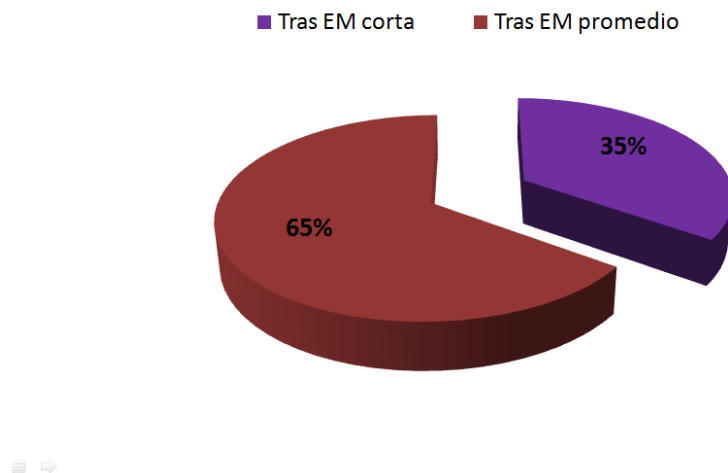


GRÁFICO 2: Diagnóstico al alta de EM promedio

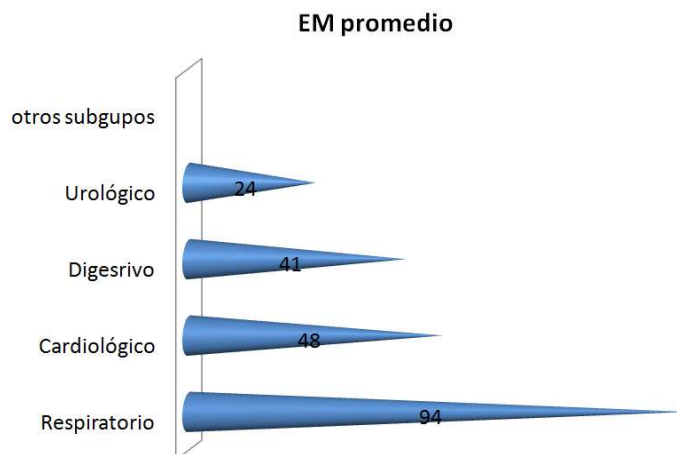


GRÁFICO 3: Diagnóstico al alta EM corta

ANÁLISIS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE LAS ALTAS PRECOCES EN UNA SECCIÓN DE MEDICINA INTERNA

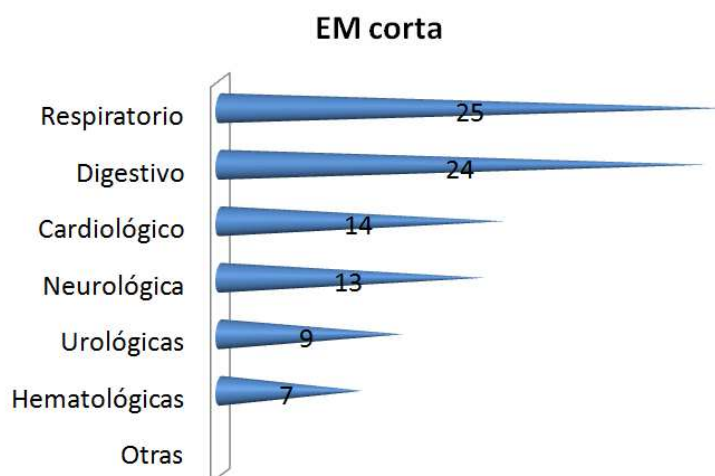
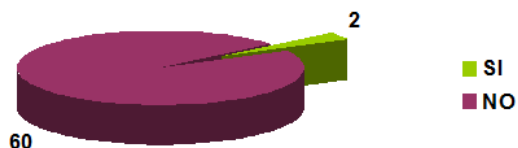


GRÁFICO 4: Reingreso fase prospectiva

Reingresos relacionados tras un alta precoz



Tasa de reingreso relacionado: 3,2%

**2 reingresos relacionados
60 no reingresaron o el reingreso no tuvo relación**

Tabla 1: Mortalidad en Aragón año 2010 (INE)

ANÁLISIS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE LAS ALTAS PRECOCES EN UNA SECCIÓN DE MEDICINA INTERNA

Tablas de mortalidad de la población de España por año, comunidades y ciudades autónomas, sexo, edad y funciones.

Unidades: especificadas en las Funciones

	Tasa de mortalidad	Promedio de años vividos el último año de vida	Riesgo de muerte	Supervivientes	Defunciones teóricas	Población estacionaria	Esperanza de vida
2010							
Aragón							
Ambos sexos							
0	2,702694	0,135693	2,696395	100.000,000000	269,639534	99.766,948540	82,159289
1	0,316949	0,455505	1,266920	99.730,360466	126,350386	398.646,253320	81,381055
5	0,117402	0,491048	0,586836	99.604,010080	58,451233	497.871,306174	77,481978
10	0,126439	0,670277	0,632061	99.545,558847	62,918884	497.624,065250	72,526032
15	0,273970	0,549824	1,369006	99.482,639963	136,192363	497.106,647072	67,569782
20	0,285369	0,393328	1,425613	99.346,447600	141,629562	496.302,624401	62,658644
25	0,259139	0,592539	1,295013	99.204,818038	128,471566	495.762,354646	57,745291
30	0,568166	0,504955	2,836843	99.076,346472	281,064020	494.686,034976	52,816327
35	0,675967	0,531660	3,374491	98.795,282452	333,383795	493.195,727022	47,959402
40	1,149673	0,559193	5,733835	98.461,898657	564,564299	491.065,173253	43,112788
45	2,049872	0,513372	10,198494	97.897,334358	998,405378	487.057,410582	38,345291
50	3,231275	0,543222	16,038018	96.898,928980	1.554,066724	480.945,327404	33,713937
55	5,147953	0,521886	25,426848	95.344,862255	2.424,319360	470.928,803012	29,219183
60	6,966775	0,521795	34,263130	92.920,542895	3.183,748662	456.990,286804	24,913438
65	11,046225	0,543854	53,873857	89.736,794233	4.834,467184	437.657,850249	20,704773
70	16,863210	0,531204	81,110015	84.902,327049	6.886,429060	408.369,991803	16,728895
75	28,358629	0,539355	133,099571	78.015,897989	10.383,882559	366.163,070840	12,971101
80	53,897053	0,522674	238,771526	67.632,015430	16.148,599531	299.619,339679	9,548570
85	105,725481	0,508138	419,541618	51.483,415899	21.599,435589	204.297,350481	6,723907
90	176,067293	0,474823	602,008362	29.883,980310	17.990,406052	102.179,148134	4,747438
95	299,637718	3,337364	1.000,000000	11.893,574259	11.893,574259	39.693,181336	3,337364

Tabla 2: Esquema datos de ambos grupos

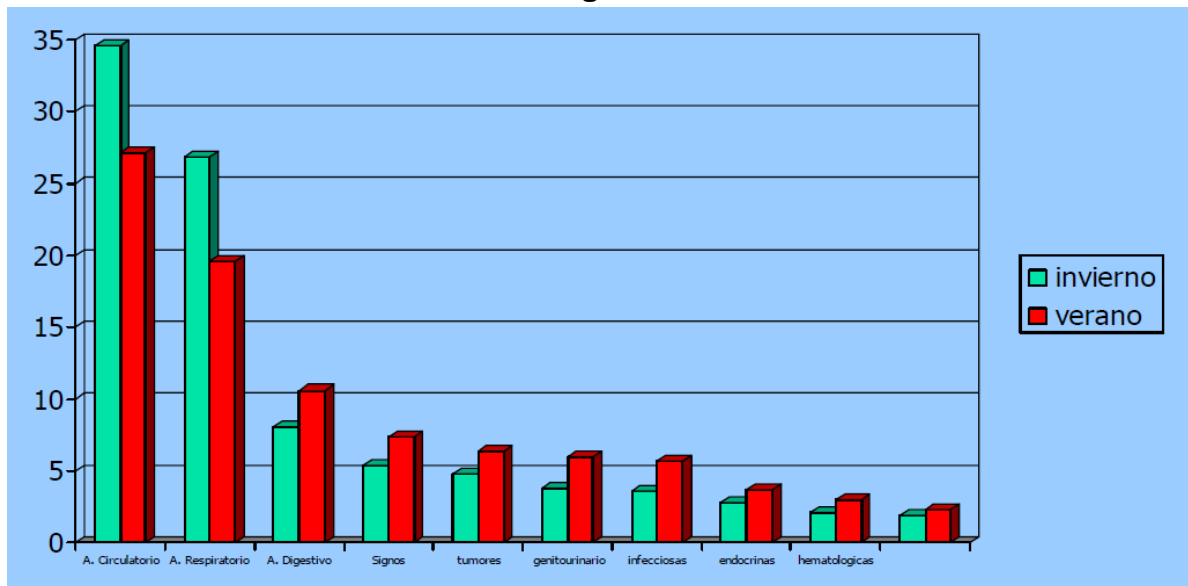
	Total	*EM promedio	EM corta
Reingresos:	488	318 65%	170 35%
Programado	42	13 4%	29 17%
Urgente	446	305 96%	141 83%
Destino:			
Domicilio	403	292 91%	111 65,5%
Traslado	10	1 1%	9 5,3%
Exitus	75	25 8%	50 29%
Diagnóstico de Exitus			
**P. Respiratoria	28	6	22
P. Cardíaca	17	7	10
P. Digestiva	5	0	5
Sepsis	9	4	5
P. Neurológica	6	3	3
P. Neoplásica	5	3	2
Otras	5	2	3

*Estancia media (EM)

**Patología (P)

ANÁLISIS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE LAS ALTAS PRECOCES EN UNA SECCIÓN DE MEDICINA INTERNA

GRÁFICO: Diagnósticos MI



ANÁLISIS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE LAS ALTAS PRECOCES EN UNA SECCIÓN DE MEDICINA INTERNA

BIIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: <http://www.ine.es/>
2. Pose Reino A, Pena Seijo M. La Importancia de la Medicina Interna en la asistencia al anciano, necesidad de creación de unidades específicas. Santiago de Compostela: Sociedad Gallega de Medicina Interna (SOGAMI); 2008.pp.253-256.
3. Franco Hidalgo, S; Prieto de Paula, JM; Martín Serradilla, JI; Martín Carbayo, JL. Unidades de diagnóstico rápido o consultas de atención inmediata en medicina interna. Análisis de los primeros 6 meses de funcionamiento en Palencia. *Semergen*. 2012;38(2):126-130
4. Monte Secades R, Rabuñal Rey R, Rigueiro Veloso MT, García Pais MJ, Casariego Vales E, Guerrero Lombardía J. Papel del internista como consultor de servicios quirúrgicos. *RevClin Esp*. 2004; 204:345—50.
5. Grupo para la Asistencia Médica Integrada y Continua de Cádiz (GAMIC). La consultoría de medicina interna en atención primaria mejora la eficacia de la atención médica. *Med Clin (Barc)*. 2004; 122:46—52.
6. Foz M. La dialéctica entre la medicina interna y las otras especialidades médicas desde la perspectiva profesional. *Med Clin (Barc)*. 2007; 128:141—7.
7. Salvador García J et al. Incidencia y características clínicas de los pacientes pluripatológicos ingresados en una unidad de medicina Interna. *Med Clin* 2005; 125 (1):5-9.
8. Zambrana García JL, et al. Características clínicas diferenciales de los enfermos pluripatológicos hospitalizados en los servicios de Medicina Interna. *Rev Clin Esp*. 2005; 205(9):413-7.
9. Jiménez-Puente A, et al. Análisis de las causas de reingresos en un hospital de agudos y su evitabilidad potencial. *Med Clin (Barc)* 2002; 118 (13):500/5
10. Martín Mc et al. Indicadores De Calidad En El Enfermo Crítico. *Med Intensiva*. 2008;32(1):23-32
11. Bohigas L. La política de Calidad en el Sistema Nacional de Salud. *Rev Calidad Asistencial* 2001;16:476-518
12. Acheson ED, Barr A. Multiple spells of in-patient treatment in a calendar year. *British J Preventive and Social Medicine* 1965; 19: 182-91
13. Milne R, Clarke A. Can readmission rates be used as an outcome indicator, *Br Med J* 1990; 301: 1139-40.
14. Frankl SE, Breeling JL, Goldman L. Preventability of emergent hospital readmission. *Am J Med* 1991; 90: 667-74.
15. Soeken KL, Prescott PA, Heron DG, Creasia J. Predictors of hospital readmission. A meta-analysis. *Eval Health Prof* 1991; 14: 262-81.

ANÁLISIS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE LAS ALTAS PRECOCES EN UNA SECCIÓN DE MEDICINA INTERNA

16. García Ortega C, Almenara Barrios J, García Ortega JJ. Tasa de reingresos de un hospital comarcal. *Rev. Esp. Salud Pública* [revista en la Internet]. 1998 Mar [citado 2012 Ago 19]; 72(2): 103-110.
17. Benbassat J, Taraguin M. Hospital readmissions as a measure of quality of health care: advantages and limitations. *Arch Intern Med* 2000; 160: 1074-81.
18. Kossovsky MP, Perneger TV, Sarasin FP, Bolla F, Borst F, Gaspoz JM. Comparison between planned and unplanned readmissions to a department of internal medicine. *J Clin Epidemiol* 1999; 52: 151-6.
19. Alonso Martínez JL, Llorente Diez B, Echegaray Agara M, Urbieto Echezarreta MA, González Arencibia C. Reingreso hospitalario en Medicina Interna. *An Med Interna Madrid* 2001; 18: 248-54.
20. Zambrana García JL et al. Factores predictivos de estancias no adecuadas en un servicio de medicina interna. *Med clin (Barc)* 2001;117:90-92
21. Harrison G, Ivatts S, Millard P. Mathematical modeling: how and why. *Br J Health Care Manag.* 2003; 9:144---50.)
22. Rodríguez-Vera FJ, Marín Fernández Y, Sánchez A, Borrachero C, Pujol de la Llave E. Adecuación de los ingresos y estancias en un Servicio de Medicina Interna de un Hospital de segundo nivel utilizando la versión concurrente del AEP (Appropriateness Evaluation Protocol). *An Med Interna (Madrid)* 2003; 20: 297-300.
23. Suárez García F, Oterino de la Fuente D, Peiro S, Librero J, Barrero, Raya C, et al. Factores asociados con el uso y adecuación de la hospitalización en personas mayores de 64 años. *Rev Esp Salud Pública.* 2001;75:237---48.) .
24. Mc Donagh MS, Smith DH, Goddard M. Measuring appropriate use of acute beds. A systematic review of methods and results. *Health Policy.* 2000;53:157---84.).
25. Benbassat J, Taragin M. Hospital readmissions as a measure of quality of health care: advantages and limitations. *Arch Intern Med* 2000; 160: 1074-81.)
26. Tamargo Barbeito T, Jiménez Paneque R, Gutiérrez Rojas A , Mora Díaz I. Dos procedimientos de ajuste por riesgo para la estadía hospitalaria como indicador de desempeño. *Rev Cubana Salud Pública* [online]. 2012, vol.38, n.1 ISSN 0864-3466.
27. Torres Salinas M, Capdevila Morel JA, Armario García P, Montull Morer S, Grupo de trabajo de los Servicios de Medicina Interna de los Hospitales de Cataluña. Alternativas a la hospitalización convencional en medicina interna. *Med Clin (Barc).* 2005; 124:620---6.
28. Zambrana García JL. Consultas ambulatorias de atención especializada. Presente y propuestas de futuro. *Med Clin (Barc).* 2004; 123:257---9.

ANÁLISIS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE LAS ALTAS PRECOCES EN UNA SECCIÓN DE MEDICINA INTERNA

29. Criado-Montilla J, Ibáñez-Bermúdez F. Relaciones entre hospital y atención primaria. Experiencia de un servicio de medicina interna. Med Clin (Barc). 1996; 106:463---8.
30. Rubio-Rivas M, Vidaller A, Pujoli Farriols R, Mast R. Unidad de Diagnóstico Rápido en un hospital de tercer nivel. Estudio descriptivo del primer año y medio de funcionamiento. Rev Clin Esp. 2008; 208:561---3.
31. Torné Cachot J, Encinas Méndez X, Vidal Balaña JM, Baucells Azcona JM. Modelo multidisciplinario de una unidad de diagnóstico rápido. Med Clin (Barc). 2011;136:129---30.
32. San José Laporte A, Jiménez Moreno X, Ligüerre Casals I, Vélez Miranda MC, Vilardell Tarrés M. Atención especializada ambulatoria rápida de patologías médicas desde un hospital universitario terciario. Consulta de atención inmediata. Rev Clin Esp. 2008;208:71---5.
33. De Santos Castro PA, Jimeno Carrúez A, García Cobo MC, Elices Calzón MI, Almaraz Gómez A, Muñoz Moreno MF. Evaluación de las consultas de atención inmediata en Medicina Interna (Hospital Clínico Universitario de Valladolid). Rev Clin Esp. 2006;206:84---9.
34. San José Laporte A, Pérez López J, Pardos-Gea J, Vilardell Tarrés M. Consulta de Atención inmediata. Experiencia de tres años. Rev Clin Esp. 2010;210:55---6.
35. Franco Hidalgo S, Prieto de Paul Ta, Martín Serradilla JI, Martín Carbayo JL. Unidades de diagnóstico rápido o consultas de atención inmediata en medicina interna. Análisis de los primeros 6 meses de funcionamiento en Palencia. Semergen. 2012;38(2):126---130